RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Écologie humaine et sociale

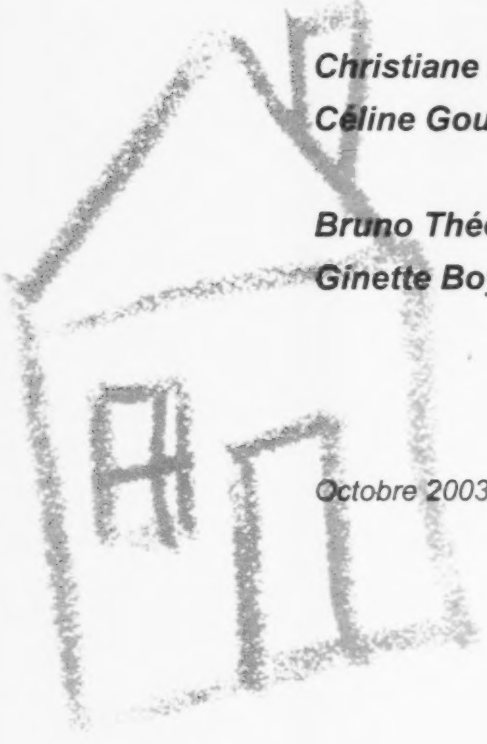
Naître égaux — Grandir en santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale

Rapport d'activités scientifiques

présenté au

Conseil québécois de la recherche sociale

Christiane Piché, Université Laval, École de psychologie
Céline Goulet, Université de Montréal,
Faculté des sciences infirmières
Bruno Théorêt, Université Laval, École de psychologie
Ginette Boyer, Direction de santé publique de Montréal



Octobre 2003

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Garder notre monde en santé

Naître égaux – Grandir en santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale

Rapport d'activités scientifiques

présenté au

Conseil québécois de la recherche sociale

Christiane Piché, Université Laval, École de psychologie

Céline Goulet, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Bruno Théorêt, Université Laval, École de psychologie

Ginette Boyer, Direction de santé publique de Montréal

Octobre 2003

Une réalisation de l'unité ÉCOHS
Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mandataire

Cette étude a bénéficié d'une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2003)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-402-0

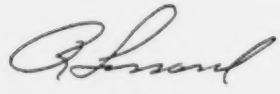
104-06417/

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Les auteurs de ce rapport le notent clairement en conclusion : l'évaluation des effets d'un programme est rarement une tâche facile. Et à plus forte raison lorsque, comme ce fut le cas de cette recherche sur le volet postnatal de *Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS)*, les principes d'orientation et d'application n'ont pu se concrétiser tel que prévu.

Compte tenu que l'intervention planifiée diffère significativement de l'intervention réalisée, les chercheurs ont dû tenir compte du contexte d'implantation lors de l'analyse des résultats. Les données présentées indiquent toutefois que le programme rejoint une clientèle avec de très grands besoins, une clientèle non rejointe jusqu'à maintenant. Cette étude aura aussi permis d'identifier les difficultés d'implantation et de développement de la continuité postnatale du programme NÉ-GS. Elle aura également mis en évidence l'importance de certaines dimensions pour améliorer la situation et la qualité du parentage des familles pauvres.

Nous retenons enfin que ce programme fait appel à des changements de pratiques chez les intervenantes et que ces changements doivent être particulièrement soutenus pour en assurer le plein potentiel. Pour atteindre les objectifs visés, il importe de rappeler l'importance d'agir avec les organismes concernés et les familles pour améliorer les conditions de vie et contrer les inégalités sociales de la santé. Voilà pourquoi ce type de programme mise également sur la mobilisation des milieux, l'action intersectorielle et l'intervention en vue d'influencer les politiques publiques.



Richard Lessard, M.D.

REMERCIEMENTS

Nous ne pourrions présenter ce rapport sans, dans un premier temps, remercier chaleureusement les femmes qui nous ont ouvert leur porte et accueilli chez elles en dépit des urgences et de leurs propres priorités.

Nous sommes aussi très reconnaissants aux responsables des équipes d'intervenantes de CLSC pour leur entière collaboration dans la réalisation de cette recherche.

Enfin, soulignons l'apport significatif de Renée Veilleux, Lisa Denoncourt, Frédérique Normand et Caroline Tra dans la collecte des données. Celles-ci, par leur approche respectueuse des femmes contactées et rencontrées et leur travail méticuleux de collecte des données ont permis la réalisation de cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Liste des tableaux 5

Liste des figures 6

Introduction 7

1. Contexte de la recherche 8

2. Problématique 10

3. Objectifs 12

4. Méthode 12

4.1 Recrutement et échantillon 12
4.2 Participantes et enfants cibles 13
4.3 Procédures de collecte de données 14
4.3.1 Application du programme 14
4.3.1.1 Principes d'orientation 14
4.3.1.2 Application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » 15
4.3.1.3 Variation d'application entre les territoires 16
4.3.2 Mesures de la compétence parentale observée, ressentie et rapportée 16
4.3.3 Mesures des variables médiatrices 17

5. Résultats 19

5.1 Application du programme et variations selon les territoires de CLSC 19
5.2 Résultats pour la compétence parentale et le processus d'impact 24
5.2.1 Évaluation de la compétence parentale 24
5.2.2 Processus d'impact du programme 25

6. Discussion 27

6.1 Application du programme et variations selon les territoires de CLSC 27
6.2 Évaluation de la compétence parentale 30
6.3 Processus d'impact 31

Conclusion 33

7. Formation d'étudiantes 34

8. Diffusion et transfert des connaissances 35

Références bibliographiques 36

Annexe 1 - Modèle conceptuel 39

Annexe 2 - Instruments de mesure 41

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Instruments de mesure des dimensions observées, rapportées et ressenties de la compétence parentale

TABLEAU 2 Instruments de mesure du processus d'impact du programme

TABLEAU 3 Conditions de suivi prévues et réalisées dans l'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » selon les groupes de participation

TABLEAU 4 Intensité des contacts et de l'intervention portant sur le parentage durant les trois premiers mois de suivi selon les groupes de participation

TABLEAU 5 Comparaison des moyennes de la compétence parentale observée, ressentie et rapportée selon le groupe de participation

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Modèle conceptuel (Annexe 1)

FIGURE 2 Processus d'impact du suivi NÉ-GS sur la compétence parentale

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats de l'évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme « *Naître égaux – Grandir en santé* » sur la compétence maternelle de femmes sous-scolarisées vivant en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté. Trois objectifs de recherche sont poursuivis : vérifier l'impact de la stratégie sur la compétence parentale, analyser le processus d'impact de la stratégie dans le développement de la compétence parentale et examiner les variations d'impact selon les territoires de CLSC. Des mères vivant sur les territoires de quatre CLSC sont réparties dans trois groupes : celles ayant reçu le programme intégré (volets prénatal et postnatal), celles ayant reçu le volet postnatal seulement et celles n'ayant pas reçu le programme. Ces mères ont été rencontrées en entrevues et pour chacune d'entre elles, les services reçus de leur CLSC ont été documentés. Cette caractéristique particulière à l'étude a permis de mesurer les différentes modalités d'application du programme, pour chaque territoire de CLSC participant.

Le rapport comprend six grandes sections présentant le contexte de la recherche, la problématique touchant la compétence parentale et les facteurs influençant celle-ci ainsi que les objectifs de l'étude. Une autre section porte sur les aspects méthodologiques du recrutement, de l'échantillonnage et des procédures de collecte des données correspondant à chacun des objectifs de recherche. La présentation des résultats fait état de l'application du programme dans chaque territoire de CLSC participant, de la nature des interventions réalisées auprès des mères participantes, de l'impact de la stratégie sur la compétence parentale ainsi que des facteurs médiatisant les interventions réalisées en vue d'améliorer la compétence parentale. Enfin, la discussion met en perspective les résultats obtenus et montre l'importance de tenir compte du niveau d'application d'un programme dans le cadre d'une évaluation d'effets.

1. Contexte de la recherche

Depuis 1997, dans le cadre des priorités nationales de santé publique, le programme *Naître égaux – Grandir en Santé* (NÉ-GS) est offert ou en voie de l'être dans les CLSC de la plupart des régions du Québec. Le programme comprend deux volets : 1) un volet prénatal, implanté depuis 1991 et couvrant la période de la 20e semaine de grossesse à l'accouchement (Martin, Boyer et al., 1995) et 2) un volet postnatal, mis en œuvre en 1995, allant de la naissance à 2 ans, mais principalement centré sur les 3 premiers mois (Beauregard, Piché et al., 1996). Un des objectifs du programme NÉ-GS est de faire en sorte que la naissance d'un enfant soit englobée dans un projet de vie élargi et que cet événement soit une réussite pour la famille vivant en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté. Pour ce faire, trois stratégies sont préconisées : le renforcement du potentiel individuel des parents, le renforcement du milieu par la consolidation et la création de ressources dans l'environnement proximal de la famille et, à un niveau plus global, l'amélioration des conditions de vie des familles grâce à des actions politiques et des interventions médiatiques. Ces stratégies sont respectivement opérationnalisées 1) par un suivi personnalisé en périodes pré et postnatale réalisé par des professionnelles des CLSC ; 2) par de l'accompagnement dans des démarches d'insertion sociale accompli par des intervenantes communautaires au sein de ressources dûment mandatées pour ce faire et enfin ; 3) par le développement d'un plan local d'action intersectorielle au sein d'une instance à laquelle participent le CLSC, des ressources communautaires et d'autres institutions du milieu préoccupées par les familles et la pauvreté.

Le programme NÉ-GS a aussi des objectifs de prévention au plan de la santé de la mère et de l'enfant en diminuant notamment la proportion d'enfants qui présentent des retards de croissance et de développement ainsi qu'en réduisant l'incidence et les conséquences de l'abus et de la négligence des parents à l'égard des enfants. L'application des trois stratégies à la base de l'intervention en périodes pré et postnatale constitue le programme intégré. La description du programme intégré reflète bien la préoccupation des concepteurs du programme NÉ-GS d'offrir une intervention de qualité, de durée et d'intensité substantielles dans le cadre d'une approche à composantes multiples.

Le programme a fait l'objet d'un projet pilote, coordonné par la Direction de santé publique de Montréal, auquel étaient associés huit territoires de CLSC de la région métropolitaine de Montréal, deux territoires de l'Abitibi-Témiscamingue et la Direction de santé publique de cette région. Les résultats d'évaluation présentés ici s'inscrivent dans le cadre de ce projet pilote.

Les concepteurs du programme NÉ-GS et les équipes d'intervention des différents territoires souhaitaient procéder à l'évaluation du programme « intégré », c'est-à-dire offrant un ensemble de services en continuité pré et postnatale afin de vérifier dans quelle mesure certains des objectifs poursuivis étaient atteints. Au moment de la demande de subvention, l'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme a été considérée suffisamment avancée pour mesurer l'atteinte d'objectifs à plus court terme centrés sur l'exercice du rôle parental, cet aspect étant en lien étroit avec les risques de retard de croissance et de maltraitance à l'égard des enfants. En fait, il importait pour les équipes d'intervention et les concepteurs du programme de vérifier dans quelle mesure les efforts consentis jusqu'alors au plan de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » avaient été efficaces pour améliorer la compétence parentale et, au besoin, permettre d'apporter des correctifs à l'intervention.

Dans le programme NÉ-GS, le renforcement du potentiel individuel s'opérationnalise de la manière suivante :

En période prénatale. Un suivi personnalisé des familles, par une intervenante privilégiée soutenue par une équipe interdisciplinaire, qui s'effectue de manière intensive à partir de la 20e semaine de grossesse (pour plus de détails, consulter Martin et al., 1995).

En période postnatale. Pour les familles ayant été suivies en prénatal, s'ajoutent 10 contacts (dont 5 face à face) entre l'âge de 0 et 3 mois et 10 autres (dont 5 face à face), entre 3 mois et 2 ans. Pour les familles présentant de très grands besoins, 5 visites supplémentaires sont normalement offertes (total de 25 contacts). Pour des familles n'ayant pas été rejointes en prénatal, 12 rencontres face à face sont prévues entre 0 et 6 mois de vie de l'enfant, puis 10 autres contacts (dont 5 face à face) entre 6 et 24 mois (total de 22 contacts). La description des modalités de suivi en période postnatale peut être trouvée dans Beauregard et al., 1998. Tant au cours de la période prénatale que postnatale, les familles peuvent être accompagnées vers divers groupes communautaires, lesquels sont appelés à jouer un rôle important d'intégration sociale (Beauregard et al., 1996). La nature des collaborations entre intervenantes professionnelles et communautaires est fonction à la fois des besoins spécifiques exprimés par la famille à l'une ou l'autre étape du suivi et de la configuration des ressources du milieu (ateliers parents-enfants, cuisines collectives, répit pour les parents, fêtes de quartier, etc.).

2. Problématique

Le choix des concepteurs du programme NÉ-GS d'accorder une grande importance à la stratégie « renforcement du potentiel individuel » en focalisant sur le développement du sentiment d'efficacité et de contrôle ainsi que sur les compétences parentales trouve sa justification dans les écrits qui traitent des difficultés associées au parentage en milieu de pauvreté. En effet, la pauvreté et ses corrélats peuvent affecter le fonctionnement de la mère (disponibilité psychologique), celui de l'enfant (intégrité constitutionnelle et habiletés d'autorégulation) et celui de la famille (difficultés relationnelles) (Halpern, 1993). Les conséquences peuvent se manifester par l'absence de routines dans la vie quotidienne (Escalona, 1987), par de l'attachement insécure et une stabilité moindre des patrons d'attachement (Shaw et Vondra, 1993), par la valorisation de l'obéissance et le recours à des méthodes éducatives de type autoritaire et à des punitions physiques plutôt qu'à du soutien, de l'affection et du renforcement verbal à l'enfant (Langner et al., 1970 ; Peterson et Peters, 1985 ; Portes et al., 1986).

Toutefois, une bonne connaissance du développement de l'enfant est associée au sentiment de compétence dans le rôle parental (Stoiber et Houghton, 1993) et à une diminution des interactions inappropriées et à des attentes irréalistes envers les comportements et habiletés de l'enfant. Les mères pauvres qui possèdent de bonnes habiletés parentales semblent aussi chercher activement à développer un réseau social équilibré et équilibrant pour leur enfant et elles paraissent accepter plus facilement la générosité d'autres personnes (Brown, Rosier et Corsaro, 1993). Lorsqu'elles sentent des proches disponibles pour discuter avec elles sur une base régulière ou qu'elles sont satisfaites de l'aide procurée par leur partenaire ou leurs proches amis-es, elles manifestent des comportements plus stimulants et se montrent davantage sensibles aux besoins de l'enfant (Andresen et Telleen, 1992). Les parents qui réussissent à créer et à préserver un environnement chaleureux et protecteur pour leurs enfants malgré des conditions de vie difficiles, possèdent des caractéristiques particulières (Clark, 1983). Ils manifestent un sentiment de fierté personnelle, d'intégrité et de confiance en leur capacité à subvenir aux besoins de leurs enfants. Ces parents refusent aussi de se considérer comme des victimes. Certaines études montrent une association entre un sentiment d'efficacité parentale élevé et des habiletés parentales appropriées, notamment des comportements sensibles, stimulants et non punitifs (Donovan et Leavitt, 1985) et une habileté à comprendre les signaux de l'enfant (Donovan et al., 1990). À l'inverse, un sentiment d'efficacité maternelle faible est associé à la dépression (Cutrona et Troutman, 1986), à des comportements

contrôlants (Donovan et al., 1990) et à des perceptions d'enfant difficile. Dans des conditions de vie marquées par l'adversité, un sentiment d'efficacité maternelle faible semble particulièrement associé au mauvais traitement de l'enfant (Coleman et Karraker, 1997) et un sentiment d'efficacité moindre entraîne un risque que les enfants développent des comportements inadaptés ou déficients (Elder, 1995).

Une étude menée par O'Brien (1996) indique que le parentage est perçu, chez des parents scolarisés provenant de classe moyenne, comme une tâche particulièrement difficile durant la période s'échelonnant entre 18 et 36 mois après la naissance. La combinaison de l'augmentation de la mobilité, de l'autonomie croissante et de l'instabilité émotionnelle de l'enfant à cet âge entraîne des difficultés particulières telles que des plaintes, de la désobéissance aux limites et interdits parentaux ainsi que des interruptions fréquentes des activités des parents. Il s'agit donc d'un âge particulièrement propice pour étudier les stratégies éducatives parentales puisque celles-ci peuvent s'avérer plus ou moins efficaces dans la réduction des problèmes de comportements de l'enfant. Dans une perspective d'évaluer si les efforts consentis par les intervenants du programme NÉ-GS se traduisent par une amélioration du sentiment d'efficacité et du sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental et de la compétence parentale, cette période du développement de la relation parents-enfant a été retenue.

Par ailleurs, tout en respectant les orientations du plan d'action du programme NÉ-GS (Martin et al., 1995), le processus d'implantation et d'application du programme est marqué par les spécificités des équipes de travail des CLSC et par le contexte communautaire du territoire. Ainsi, dans certains cas, les organismes communautaires participent fortement et de manière formalisée au programme, dans d'autres cas la collaboration est en voie d'implantation (De Blois et al., 1997). Les familles concernées par le programme ne bénéficient donc pas de services uniformes. Dans un processus d'évaluation, il est donc important de faire ressortir ces particularités territoriales susceptibles d'influencer l'atteinte des objectifs.

3. Objectifs

Les objectifs poursuivis dans chaque volet de l'évaluation étaient :

- **Volet 1 :** évaluer l'effet de la stratégie d'intervention « renforcement du potentiel individuel » du programme intégré NÉ-GS sur le développement des sentiments d'efficacité et de contrôle dans l'exercice du rôle parental et sur les habiletés parentales des mères participantes, en les comparant à des mères n'ayant reçu que des suppléments alimentaires en prénatal.

- **Volet 2 :** tester le modèle théorique de processus et d'impact du programme NÉ-GS pour expliquer le développement de la compétence parentale sur le plan des sentiments d'efficacité et de contrôle ainsi que d'habiletés dans l'exercice du rôle parental.

- **Volet 3 :** évaluer, pour chaque territoire participant à l'étude, les liens entre les variations d'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du programme intégré NÉ-GS et le développement de la compétence parentale sur le plan des sentiments d'efficacité et de contrôle et d'habiletés dans l'exercice du rôle parental.

4. Méthode

La présente recherche s'inscrit en complémentarité avec l'*Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé* (Boyer et al., 2001). La population à l'étude est issue, d'une part, des groupes expérimental et contrôle de cet essai clinique randomisé et, d'autre part, d'un bassin de femmes répondant aux mêmes critères de sélection mais n'ayant pas participé à l'étude des effets de la phase prénatale.

4.1 Recrutement et échantillon

Les participantes de l'*Étude des effets de la phase prénatale du programme NÉ-GS* répondaient, au moment de leur recrutement, aux critères suivants : vivre en situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté (sous le seuil de faible revenu tel que calculé par Statistique Canada), ne pas avoir obtenu le diplôme de secondaire V ou l'équivalent, résider sur le territoire d'un CLSC participant à l'étude et, comprendre et pouvoir s'exprimer en français ou en anglais ; étaient exclues les femmes présentant des difficultés importantes de santé mentale et celles recevant déjà des services dans le cadre d'ententes avec les Centres jeunesse.

Pour les fins de la présente recherche, seules les mères nées au Canada, s'exprimant en français et dont l'enfant est âgé entre 18 et 36 mois ont été contactées en vue du recrutement. Ces mêmes critères ont été utilisés pour le recrutement des femmes n'ayant ni participé à l'étude de la phase prénatale du programme NÉ-GS, ni reçu le programme NÉ-GS. Trois groupes ont donc été constitués :

- *1. Suivi NÉ-GS intégré :* mères ayant participé aux phases prénatale et postnatale du programme NÉ-GS ;
- *2. Suivi NÉ-GS partiel :* mères ayant participé exclusivement à la phase postnatale du programme NÉ-GS ;
- *3. Sans suivi NÉ-GS :* mères n'ayant pas participé au programme NÉ-GS et provenant uniquement des territoires de CLSC de Montréal.

Le recrutement des participantes s'est fait selon deux approches. Pour les deux premiers groupes, le recrutement a puisé parmi la liste nominative des 1 432 participantes à l'*étude prénatale du programme NÉ-GS* résidant sur neuf territoires de CLSC. En excluant les mères dont l'enfant ne serait pas âgé de 18 à 36 mois au moment de la collecte de données et celles nées hors du Canada, 782 participantes potentielles ont été identifiées. Ces femmes ont été contactées par les chercheurs de l'étude initiale pour obtenir leur consentement à participer à l'étude. Cette façon de faire a été approuvée par la *Commission d'accès à l'information du Québec* (CAIQ). Les participantes du groupe *Sans suivi NÉ-GS* ont été recrutées dans trois des neuf territoires de CLSC de Montréal ayant participé à l'étude du volet prénatal du programme NÉ-GS. Ces femmes ont été identifiées à partir du fichier des *Avis des naissances* de l'*Institut de la statistique du Québec*. Ce fichier a ensuite été traité par la *Régie de l'Assurance maladie* du Québec en vue de retrouver les données nominatives les plus récentes permettant de contacter ces femmes. Lorsque rejointes par les agent-e-s de recherche, elles ont été invitées à participer à l'étude de la même manière que les autres mères. Ces démarches ont aussi été autorisées par la CAIQ. L'échantillon final est constitué de 203 femmes.

4.2 Participantes et enfants cibles

La comparaison des variables socio-démographiques des participantes ne révèle pas de différences significatives entre les mères des trois groupes quant à l'âge, au niveau de scolarité, au type de sources de revenus, à la situation conjugale et au nombre d'enfants dans la famille.

L'âge moyen des mères est de 27,7 ans (± 6,2) et celui des enfants cibles est de 28 mois (± 5,6). On constate que 20,2 % des participantes ont moins de 20 ans, 69,0 % ont entre 20 ans et moins de 35 ans et 10,8 % ont 35 ans et plus. Le nombre moyen d'années de scolarité est de 9,0 ans (1,5) et se répartit comme suit : 18,2 % ont moins de 7 années, 39,9 % ont 8 ou 9 années, alors que 41,9 % ont 10 années et plus de scolarité. Les deux tiers (64,9 %) des familles vivent de la sécurité du revenu alors que les autres tirent leur revenu du travail ou de prestations de l'assurance emploi (35,1 %). La moitié (50,5 %) des participantes vivent avec un conjoint comparativement à un cinquième (18,3 %) qui ne vivent pas avec lui; un tiers (31,2 %) n'avaient pas de conjoint. Le nombre moyen d'enfants par famille est de 2,1 (± 1,1); un tiers ont un seul enfant (34,0 %) ou bien deux (38,4 %) alors que plus du quart (27,6 %) ont trois enfants ou plus. L'âge des enfants cibles au moment de la première entrevue se distribue comme suit : 34,0 % ont entre 18 et < 24 mois, 32,5 % ont entre 24 et < 30 mois et 33,5 % ont $\geq$ 30 mois. À cet égard, on constate une différence significative ($p < 0,001$) entre les groupes, les mères du groupe *Sans suivi NÉ-GS* (7,0 %) ont moins d'enfants âgés entre 18 et 24 mois que les mères des groupes du *Suivi NÉ-GS intégré* (46,5 %) et *Suivi NÉ-GS partiel* (46,5 %).

4.3 Procédures de collecte de données

Les objectifs poursuivis demandaient de saisir de l'information selon trois modalités différentes : l'information sur l'application du programme, les mesures de la compétence parentale observée, ressentie et rapportée et les mesures portant sur des variables médiatrices permettant de comprendre les résultats obtenus dans l'évaluation de la compétence parentale. Pour chacun des types d'information, les échantillons sont précisés.

4.3.1 Application du programme

Des efforts importants ont été investis en vue de mesurer l'application du programme, plus particulièrement l'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » et ses variations selon les principaux territoires de CLSC.

4.3.1.1 Principes d'orientation

Un modèle élaboré par les concepteurs du programme NÉ-GS (annexe 1), présente les principes du programme NÉ-GS (situés à l'extrême gauche du graphique 1) devant être intégrés par les intervenantes : adopter une attitude positive et déculpabilisante, favoriser l'habilitation des familles et fournir des efforts répétés de démarchage (être proactif dans le

milieu). Selon les concepteurs du programme NÉ-GS, l'intégration de ces principes devrait faire en sorte que l'intervention opérationnalisée dans la stratégie « renforcement du potentiel individuel » soit plus complète. Cette première partie dû modèle prévoit que l'intervention est réalisée par une intervenante privilégiée soutenue par une équipe interdisciplinaire d'un CLSC, et selon les cas, par une intervenante communautaire.

L'information relative à ces aspects a été recueillie dans les quatre principaux territoires de CLSC où le recrutement s'est avéré le plus important via des groupes cibles regroupant les équipes d'intervention des CLSC et les intervenants communautaires de chacun de ces territoires. L'aspect de la coordination des actions étant jugé important pour le succès de l'intervention, des groupes cibles composés de représentants de la table intersectorielle de chacun des territoires se sont prononcés sur le niveau atteint relativement à cet élément. Au cours de chacune de ces rencontres, une double stratégie a été utilisée. D'une part, des questionnaires auto-administrés ont été complétés par les participants. D'autre part, l'information portant sur l'application du programme ainsi que sur le fonctionnement des équipes interdisciplinaires a été recueillie à l'occasion de discussions avec les participantes. Les résultats aux questionnaires, de même que des synthèses des résultats des groupes cibles ont été validés. Ils ont ensuite été soumis, à l'aveugle, à trois experts externes connaissant bien tant le champ de l'intervention auprès des familles défavorisées que le programme NÉ-GS. Leur évaluation quant à l'adhésion aux principes du programme ainsi que leur appréciation du respect du programme dans son application ont été recueillies et intégrées aux analyses.

4.3.1.2 Application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel »

Pour vérifier jusqu'à quel point la stratégie de renforcement du potentiel individuel du programme avait été appliquée, diverses sources d'information ont été utilisées dont principalement des fiches d'intervention clinique. Celles-ci permettaient de recueillir et de synthétiser l'information contenue dans les dossiers des mères et de leur enfant quant aux nombres et aux types de contacts entre les intervenantes privilégiées et les mères durant les deux années suivant la naissance de l'enfant cible. Cette information a été répartie en 7 périodes : 1) de 0 à 2 semaines ; 2) de 3 à 4 semaines ; 3) de 5 à 8 semaines ; 4) de 9 à 12 semaines ; 5) de 13 à 24 semaines ; 6) > 6 mois à 12 mois ; et 7) de > 12 mois à 24 mois. Les dates du premier et du dernier contact avec l'intervenante étaient notées, de même que l'information portant sur les motifs de la fin du suivi ou de la poursuite du suivi durant ou après la période de 2 ans. Le nombre total de contacts ou de discussions par l'intervenante

privilégiée et la participante était consigné pour chaque période ainsi que le nombre de références à des ressources professionnelles ou communautaires. L'information portant sur des aspects spécifiques du suivi était notée selon leur nature : interventions touchant les besoins socio-économiques, le bien-être physique et psychologique des parents, l'état de santé et de développement de l'enfant ainsi que le parentage. Cette information a été recueillie pour l'ensemble de l'échantillon. Le suivi personnalisé accompli par une intervenante privilégiée constituant un élément-clé du programme NÉ-GS, les interventions réalisées auprès des familles par d'autres intervenantes professionnelles que l'intervenante privilégiée, incluant celles faites au moment des vaccinations des enfants cibles, n'étaient pas comptabilisées.

4.3.1.3 Variation d'application entre les territoires

Seuls les territoires où on retrouve un nombre suffisant de participantes sont inclus dans cette analyse. Il s'agit des trois territoires suivants : Hochelaga-Maisonneuve, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est et Mercier-Est/Anjou. Un quatrième territoire de CLSC, Le partage des eaux, devait être inclus dans les analyses; toutefois une erreur systématique dans la saisie des données au-delà des trois premiers mois de suivi a été identifiée *a posteriori*. Les données relatives à la durée, à l'intensité et à la nature des interventions après trois mois de suivi ne peuvent donc être utilisées et les analyses ne portent que sur les trois premiers mois pour ce CLSC. Les résultats obtenus dans chacun des territoires sont analysés et mis en contexte selon les particularités territoriales apparues au niveau de l'application du programme et de l'intégration des principes d'orientation.

4.3.2 Mesures de la compétence parentale observée, ressentie et rapportée

La compétence parentale a été mesurée selon trois dimensions : observée, rapportée et ressentie. Pour ce faire, les quatre instruments présentés au tableau 1 ont été utilisés (pour plus d'information voir l'annexe 2). Pour évaluer si l'objectif d'améliorer la compétence parentale des mères ayant participé au groupe *Suivi NÉ-GS intégré* a été atteint, l'ensemble de l'échantillon a été mis à contribution.

TABLEAU 1

Instruments de mesure des dimensions observées, rapportées et ressenties de la compétence parentale

Compétence	Dimension	Instrument	Auteurs	Alpha
Observée	Qualité de l'environnement familial et des interactions mère - enfant	« Home observation for measurement of the environment »	Caldwell et Bradley, 1977 ; 1984	0,89
Rapportée	Habiletés parentales	« Habiletés parentales à décoder les attitudes et comportements des enfants »	Piché, Goulet, Théorêt et Boyer, 1999	---
Ressentie	Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental	« Mesuring empowerment in families whose children have emotional disabilities : A brief questionnaire »	Koren, De Chillo et Friesen, 1992	0,88
	Sentiment d'efficacité parentale	« Mother's perception of their competence in managing selected parenting tasks »	Ballensky et Cook, 1982	0,89

Les participantes ont été rencontrées à deux reprises entre novembre 1999 et mai 2001. Les entrevues ont toutes été réalisées au domicile des familles participantes. Après le consentement initial obtenu au téléphone par les chercheurs ou l'agente de recherche, les assistantes de recherche prenaient contact avec chaque participante pour déterminer avec elles un moment pour les rencontrer en présence de leur enfant cible. Lors de la première rencontre, les buts de l'étude étaient expliqués clairement, le formulaire de consentement était lu conjointement par l'assistante de recherche et la participante et signé par ces deux personnes. Une copie du document d'information de l'étude et du formulaire de consentement était remise à la participante. La première entrevue durait environ 50 minutes et un montant de 12 $ était remis à la participante à titre de dédommagement. Le moment de la seconde entrevue était déterminé avec la participante et durait environ 45 minutes; un second montant de 12 $ était alors remis à la participante.

4.3.3 Mesures des variables médiatrices

L'examen du processus d'impact du programme et des variations d'application dans chaque territoire fait appel à 7 variables médiatrices. Les instruments utilisés pour recueillir l'information constituant ces variables sont présentés au tableau 2 (pour plus d'information voir l'annexe 2).

TABLEAU 2
Instruments de mesure du processus d'impact du programme

Variables médiatrices	Instrument	Auteurs et année
Connaissance du développement de l'enfant	« Knowledge of Infant Development Inventory »	MacPhee, 1981
Réduction de l'isolement social	« Family Support Scale : Reliability and Validity »	Dunst, Jenkins et Trivette, 1994
Réduction des conflits familiaux	ELNE, section Fonctionnement de la famille	Statistique Canada, 1995
Réduction du stress personnel et parental	Index de stress parental	Abidin, 1983
Amélioration des habitudes de vie	ELNE, section Habitudes de vie	Statistique Canada, 1995
Amélioration des conditions de vie	« Measuring the Adequacy of Resources in Households with Young Children »; ELNE, section quartier	Dunst et Leet, 1987 ; Statistique Canada, 1995
Connaissances des ressources disponibles	Évaluation d'impact de « Parents Magazine »	Laurendeau, 1991

L'objectif ici est de tester le modèle théorique de processus et d'impact du *Suivi NÉ-GS intégré* élaboré par les concepteurs et représenté dans le graphique 1 (Annexe 1) pour expliquer le développement des sentiments d'efficacité et de contrôle dans l'exercice du rôle parental, et des habiletés parentales. Pour ce faire, les liens entre les variations d'application de la stratégie du renforcement du potentiel individuel et les indicateurs proximaux (la qualité de l'environnement familial, le sentiment d'efficacité parentale, le sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental et les habiletés parentales) ont été examinés en tenant compte du rôle médiateur de variables telles que: la réduction de l'isolement social et du stress personnel et parental, l'amélioration des connaissances relatives au développement de l'enfant, au rôle de parent et aux ressources du milieu, ainsi que l'amélioration des conditions et des habitudes de vie. L'échantillon du volet processus d'impact est constitué de 88 femmes dont 52 mères composant l'échantillon montréalais du groupe *Suivi NÉ-GS intégré* (programme pré et postnatal) auquel s'ajoutent 36 femmes provenant de Rouyn-Noranda (Le partage des eaux) dont 23 ont bénéficié du Suivi NÉ-GS intégré alors que les 13 autres ont reçu le *Suivi NÉ-GS partiel*.

5. Résultats

Avant de présenter les analyses et les résultats propres aux objectifs poursuivis, il convient d'examiner les caractéristiques d'application de la stratégie du *renforcement du potentiel individuel* selon chaque territoire de CLSC participant.

5.1 Application du programme et variations selon les territoires de CLSC

L'examen des suivis, à la lumière des fiches d'intervention clinique, permet de constater que la très grande majorité (90,4 %) des participantes du groupe *Suivi NÉ-GS intégré* a bénéficié de l'amorce d'un suivi (>2 contacts) comparativement aux deux tiers (68,8 %) pour celles du groupe *Suivi NÉ-GS partiel*. Près du tiers (30,2 %) des participantes du groupe *Sans suivi NÉ-GS* ont eu une amorce de suivi au cours de la période postnatale. Les participantes présentant une très faible scolarité (< 7 ans) ont près de 5 fois plus de probabilité d'obtenir un suivi individuel que celles qui ont 10 ans et plus de scolarité (RC 4,74 ; IC 95 % : 1,53 – 14,63).

Les suivis amorcés durent en moyenne 10,5 mois[1] (± 9,5 mois). On ne constate pas de différence significative au niveau de la durée du suivi quel que soit le groupe de participation. Ainsi, près de la moitié des participantes (48,2 %) des trois groupes ont reçu le suivi pour une période de moins de 6 mois, alors que près du tiers (32,6 %) des participantes ont bénéficié d'un suivi dépassant 18 mois.

Parmi les 103 (73,1 %) dossiers pour lesquels l'information était connue, 26,2 %[1] sont encore actifs après deux ans. Dans le cas des autres dossiers, la décision de mettre fin au suivi est prise par l'intervenante privilégiée dans 37,9 % des cas. Pour plus d'un cinquième des participantes (21,4 %), la fin du suivi est associée au refus de la mère de poursuivre. Par ailleurs, dans 14,6 % des cas, la fin du suivi est liée à d'autres raisons, tel un déménagement en dehors du territoire de CLSC.

Au plan de l'intensité du suivi, une moyenne de 14 contacts (± 12,3) par participante est rapportée[1]. On ne constate pas de différence significative au plan de l'intensité du suivi amorcé quel que soit le groupe de participantes. Près du tiers des participantes de chaque groupe ont eu 14 contacts et plus (*Suivi NÉ-GS intégré* : 37,3 %; *Suivi NÉ-GS partiel* : 32,1 %; *Sans suivi NÉ-GS* : 30,8 %). Celles ayant bénéficié de moins de 7 contacts se distribuent comme suit :

[1] Excluant les données des participantes du CLSC *Le partage des eaux*.

Suivi NÉ-GS intégré : 24,0 %; *Suivi NÉ-GS partiel* : 26,4 %; *Sans suivi NÉ-GS* : 46,2 %. Au cours du premier mois de suivi, on constate une différence significative (p = 0,012) entre les groupes de participation au plan de l'intensité des contacts (*Suivi NÉ-GS intégré* : 3,9 contacts (± 2,5) ; *Suivi NÉ-GS partiel* : 2,8 contacts (± 2,1) ; *Sans suivi NÉ-GS* : 2,5 contacts (± 1,9)) mais cette différence significative s'estompe lorsque l'on considère le total des contacts durant les trois premiers mois de suivi (p = 0,145) (*Suivi NÉ-GS intégré* : 7,4 contacts (± 4,6) ; *Suivi NÉ-GS partiel* : 6,8 contacts (± 4,7) ; *Sans suivi NÉ-GS* : 4,6 contacts (± 4,6)).

Les interventions portant sur le parentage occupent une place relativement peu importante parmi l'ensemble des interventions. En effet, les interventions de cette nature représentent en moyenne 15 % de l'ensemble des interventions portant sur des aspects spécifiques des suivis alors que les interventions portant sur l'état de santé et de développement de l'enfant comprennent plus de la moitié (50,7 %) des interventions.

Les tableaux suivants présentent une synthèse des résultats de l'application du programme sur l'amorce des suivis, leur durée, leur intensité et sur les interventions axées sur le parentage durant la totalité du suivi, ainsi que sur l'intensité et les interventions axées sur le parentage durant les trois premiers mois du suivi.

TABLEAU 3

Conditions de suivi prévues et réalisées dans l'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » selon les groupes de participation

	Amorce de suivi		Durée du suivi mois		Intensité des contacts		% des interventions portant sur le parentage
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévue	Réalisée	Réalisée
Suivi NÉ-GS intégré	100,0 %	90,4 %	24	10,7	20	14,0	12,9 %
Suivi NÉ-GS partiel	100,0 %	68,8 %	24	10,6	20	14,2	17,6 %
Sans suivi NÉ-GS	0,00 %	30,2 %	0	9,6	0	13,1	15,0 %

TABLEAU 4

Intensité des contacts et de l'intervention,portant sur le parentage durant les trois premiers mois de suivi selon les groupes de participation

	Intensité des contacts	% des interventions portant sur le parentage
Suivi NÉ-GS intégré	7,4	12,3 %
Suivi NÉ-GS partiel	6,8	13,5 %
Sans suivi NÉ-GS	4,6	10,6 %

Pour chaque territoire, un examen des liens entre les variations d'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » et le développement du sentiment d'efficacité et de contrôle dans l'exercice du rôle parental et des habiletés parentales était prévu. Cet examen devait se faire en recourrant aux mêmes données que celles traitées dans le volet du processus d'impact à l'exception des variables médiatrices qui sont exclues du modèle pour des raisons de puissance statistique. Le nombre de participantes recrutées dans chaque territoire participant ne permettant pas de produire les analyses de régression prévues, nous avons procédé à l'analyse des différences entre les quatre principaux territoires de CLSC. Les territoires montréalais ont été comparés entre eux alors que le territoire abitibien a été comparé avec l'ensemble des territoires de Montréal. Pour les raisons indiquées précédemment, l'information concernant l'application du programme après trois mois de suivi, dans le territoire du CLSC Le partage des eaux, n'est pas présentée.

Les intervenantes rencontrées lors des groupes cibles dans les CLSC expriment toutes une forte adhésion aux principes d'orientation soutenant le programme. Toutefois, le manque de ressources humaines et matérielles semble avoir entraîné des modifications importantes au niveau de l'application du programme, du respect des principes d'orientation et de la dispensation des services dans le cadre du programme. Les particularités de chaque territoire de CLSC sont présentées ci-après.

CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Le profil de la population recrutée dans ce territoire montre un pourcentage plus élevé de participantes (28,6 % vs 10,5 %; $p = 0,001$) de très faible scolarité (7 ans et moins) et vivant de la sécurité du revenu (91,4 % vs 58,7 %; $p < 0,001$). L'application du programme dans ce

territoire se caractérise de la manière suivante: l'équipe interdisciplinaire n'est pas fonctionnelle et les intervenantes maintiennent dans le programme les clientes ayant les plus grands besoins pour des suivis intensifs et de longue durée et elles laissent à l'ensemble des autres mères le choix de les contacter lorsque des besoins se présentent. Dans ce territoire, la moyenne de durée des suivis (304 jours vs 282 jours ; p = 0,010) est plus élevée que dans les autres territoires montréalais. On note également des distinctions au plan de la nature des interventions réalisées auprès des participantes. Ainsi, on constate davantage d'interventions en regard des besoins socio-économiques (4,4 vs 2,4; p = 0,032) que dans les autres territoires montréalais. L'intervention portant spécifiquement sur le parentage représente 15,2 % des interventions spécifiques. Les autres interventions réalisées durant les trois premiers mois de suivi portent, par ordre d'importance, sur l'état de santé et de développement des enfants (16,2 ; ± 7,1), sur le bien-être physique et psychologique des parents (6,9 ; ± 8,2), sur le parentage (3,5 ; ± 3,2) ainsi que sur les besoins socio-économiques de la famille (2,2 ; ± 1,8).

CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Les participantes de ce territoire ne se distinguent pas des participantes des autres territoires montréalais au plan des caractéristiques socio-démographiques. Cependant, des différences apparaissent au plan de l'application du programme : l'équipe interdisciplinaire n'est plus fonctionnelle et les suivis individuels sont exceptionnels. En effet, seules les mères présentant des besoins spécifiques importants bénéficient d'un suivi personnalisé alors que les autres clientes sont incitées à participer à des réunions de groupe dont la philosophie est inspirée de NÉ-GS. L'intervention est aussi fortement axée sur la référence à des groupes communautaires avec qui le CLSC a développé des liens étroits. Les suivis individuels dans le territoire du CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est présentent une moyenne inférieure de contacts avec l'intervenante privilégiée (8,3 ; ± 7,3 vs 16,9 ; ± 14,5 ; p = 0,009) à celle des autres CLSC montréalais, une moyenne d'intensité moindre durant le premier mois (2,3 ; ± 1,5 vs 3,4 ; ± 2,4 ; p = 0,048) ainsi que durant les 3 premiers mois (4,4 ; ± 2,1 vs 7,1 ; ± 5,2; p = 0,02) comparativement aux autres CLSC montréalais. Le parentage représente 11,5 % des interventions spécifiques et lorsque des suivis individuels sont pratiqués, les moyennes des interventions spécifiques ne se démarquent pas des autres territoires montréalais. Au plan des interventions spécifiques réalisées durant les trois premiers mois de suivi, on retrouve, par ordre d'importance, l'état de santé et de développement des enfants (13,9 ; ± 7,8), le bien-être physique et psychologique des parents (5,9 ; ± 3,8), le parentage (3,0 ; ± 2,9) ainsi que les besoins socio-économiques de la famille (0,3 ; ± 0,5).

CLSC Mercier-Est/Anjou

Comparativement aux autres territoires, les participantes de ce territoire vivent, dans un pourcentage plus élevé, de revenus du travail ou de l'assurance-emploi (50,0 % vs 15,5 % ; $p < 0,001$). L'application du programme dans ce territoire est marquée par l'abandon du fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire et par une restriction des suivis individuels aux mères manifestant des besoins importants et urgents. Les autres clientes sont incitées à contacter une intervenante du service en cas de besoin. Au plan des interventions spécifiques, celles portant sur le parentage particularisent ce territoire (15 vs 8 ; $p = 0,049$) en regard des autres territoires montréalais et représentent 21,8 % de toutes les interventions de nature spécifique. Enfin, les participantes du territoire de CLSC Mercier-Est/Anjou se distinguent des autres territoires montréalais au plan d'une des composantes de la compétence parentale, avec une moyenne supérieure de compétence parentale rapportée ($p = 0,033$). Les interventions spécifiques réalisées durant les trois premiers mois de suivi visent, par ordre d'importance, l'état de santé et de développement des enfants (16,4 ; ± 8,1), le bien-être physique et psychologique des parents (9,6 ; ± 9,0), le parentage (5,2 ; ± 7,3) ainsi que les besoins socio-économiques de la famille (1,8 ; ± 1,9).

CLSC Le partage des eaux

Dans ce territoire situé en région éloignée, les mères admissibles au programme sont rejointes grâce à des systèmes d'avis de grossesse et de naissance. Cela s'est traduit par une amorce de suivi pour toutes les participantes de l'étude (100,0 %). Le territoire du CLSC Le partage des eaux se distingue des territoires de Montréal pour certaines caractéristiques socio-démographiques des participantes. On y retrouve plus de mères vivant de revenus du travail ou de l'assurance emploi (61,1 % vs 25,5 % ; $p < 0,001$) et un pourcentage plus élevé de mères vivant avec un conjoint (63,9 % vs 37,7 % ; $p < 0,001$) ainsi que davantage d'enfants cibles de 2 ans et moins (55,6 % vs 28,1 % ; $p = 0,07$) que dans l'ensemble des territoires montréalais. Ce territoire de CLSC peut compter sur un financement régional et local, sur une équipe interdisciplinaire fonctionnelle et a choisi de réaliser un minimum de 12 contacts directs durant les 18 premiers mois, avec une intensité plus grande durant les 3 premiers mois et lors des vaccinations (intervention plus longue que normale à ces occasions). Après la période de suivi intensif (habituellement les trois premiers mois), une note est versée au dossier indiquant que le suivi intensif est terminé, de façon à éviter qu'une demande de service de la cliente visant un autre service du CLSC ne soit automatiquement redirigé vers l'intervenante privilégiée et pour permettre que la mère se prenne en charge.

Compte tenu de cette particularité qui se traduit par une inscription de fin de suivi intensif au dossier de la majorité des mères au troisième mois de suivi, il est difficile de se prononcer avec certitude sur la durée des suivis et sur l'intensité des contacts au-delà de cette période. Une seconde vérification du tiers des dossiers permet cependant d'estimer que ces aspects de l'application du programme ainsi que le nombre des interventions spécifiques sont à tout le moins comparables aux données recueillies dans les territoires montréalais. Le nombre moyen de contacts (8,8 ; ± 4,2 vs 6,5 ; ± 4,8 ; p = 0,013) durant les trois premiers mois de suivi est significativement plus élevé que pour l'ensemble des territoires montréalais. Par ailleurs, les interventions spécifiques réalisées durant les trois premiers mois se répartissent de la même façon que dans les CLSC montréalais : l'état de santé et de développement des enfants (15,0 ; ± 6,8), le bien-être physique et psychologique des parents (7,4 ; ± 6,9), le parentage (2,6 ; ± 3,7) ainsi que les besoins socio-économiques de la famille (1,1 ; ± 2,4).

5.2. Résultats pour la compétence parentale et le processus d'impact

5.2.1 Évaluation de la compétence parentale

La compétence parentale est considérée ici comme l'acquisition et la mise en application, avec le soutien des intervenantes agissant dans le programme, des connaissances et des habiletés parentales, telles que définies dans le Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale (Beauregard et al., 1998). L'analyse de variance a été utilisée pour vérifier si des différences existent entre les groupes *Suivi NÉ-GS intégré, Suivi NÉ-GS partiel* et *Sans suivi NÉ-GS* quant aux résultats obtenus à ces mesures. Le tableau 4 présente la comparaison des résultats obtenus pour les trois composantes de la compétence parentale : observée, ressentie et rapportée.

TABLEAU 5

Comparaison des moyennes de la compétence parentale observée, ressentie et rapportée selon le groupe de participation

Compétence maternelle	Groupe de participation	N	Moyenne	Écart-type	Min.	Max.
Observée : qualité de l'environnement familial et des interactions mère - enfant	*Suivi NÉ-GS intégré*	83	42,4	7,0	14	50
	Suivi NÉ-GS partiel	77	43,6	6,4	16	50
	Sans suivi NÉ-GS	43	45,8	7,3	15	56
	Total	203	43,6	6,9	14	56
Ressentie : sentiment de contrôle parental	*Suivi NÉ-GS intégré*	83	51,9	5,5	37	60
	Suivi NÉ-GS partiel	77	51,9	5,7	34	60
	Sans suivi NÉ-GS	43	51,4	6,1	37	60
	Total	203	51,8	5,6	34	60
Ressentie : sentiment d'efficacité parentale	*Suivi NÉ-GS intégré*	83	71,3	7,3	53	84
	Suivi NÉ-GS partiel	77	71,8	7,4	48	84
	Sans suivi NÉ-GS	43	72,9	9,5	48	84
	Total	203	71,8	7,8	48	84
Rapportée : habiletés parentales	*Suivi NÉ-GS intégré*	83	12,4	5,0	3	33
	Suivi NÉ-GS partiel	77	12,0	3,4	5	23
	Sans suivi NÉ-GS	43	13,8	3,6	8	23
	Total	203	12,6	4,2	3	33

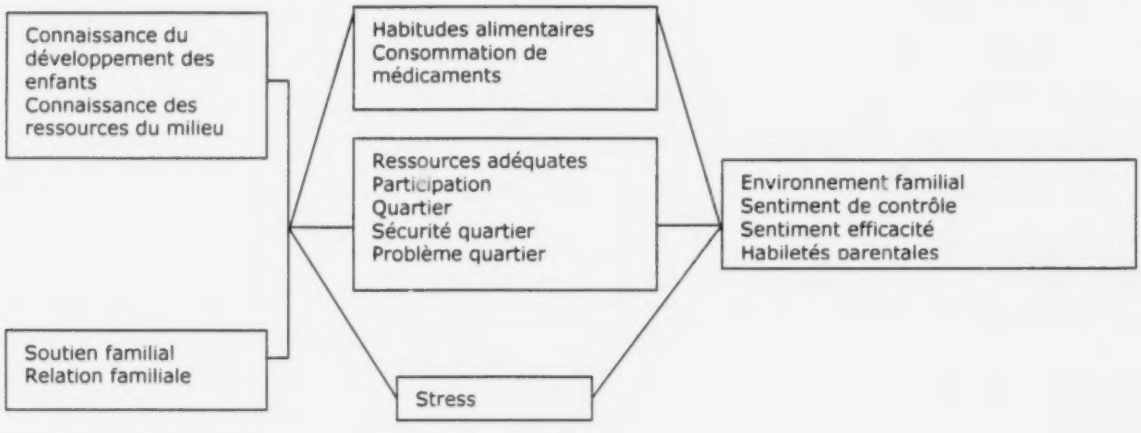
Les participantes au groupe du *Suivi NÉ-GS intégré* et au groupe ayant reçu le *Suivi NÉ-GS partiel* présentent des moyennes de compétence observée significativement plus faibles (p = 0,033) que les participantes au groupe *Sans suivi NÉ-GS*. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes au plan de la compétence ressentie et de la compétence rapportée.

5.2.2 Processus d'impact du programme

La seconde série de régressions vise à identifier les variables médiatrices ayant un impact significatif sur les variables de qualité de l'environnement familial et de sentiments d'efficacité et de contrôle dans l'exercice du rôle parental. Les données recueillies pour évaluer le processus d'impact sont analysées par une série de régressions considérant les séquences de médiation (Figure 2). La première séquence comprend les variables d'isolement social et de connaissances parentales, la seconde séquence réfère au stress personnel et parental, aux habitudes de vie et aux conditions de vie.

FIGURE 2

Processus d'impact du suivi NÉ-GS sur la compétence parentale



Les résultats montrent que la connaissance du développement des enfants, la connaissance des ressources du milieu, le soutien familial ou les relations familiales harmonieuses ne sont pas associés à des habitudes de vie au-dessus de la moyenne du groupe. Cependant, ces variables sont associées à la perception d'une amélioration des conditions de vie. Ainsi, plus les participantes perçoivent que leurs relations familiales sont harmonieuses (« on se comprend, on est capable de discuter de ce qui ne va pas »), plus elles croient avoir les ressources adéquates pour élever un enfant (P = 4 fois plus grande) ; alors que plus elles connaissent le développement des enfants (P = 4,4 fois moindre) et mieux elles connaissent les ressources de leur milieu (P = 4,6 fois moindre), plus elles réalisent qu'elles n'ont pas les ressources adéquates pour élever des enfants.

Le lien entre ces variables médiatrices et les variables proximales de la compétence parentale (qualité de l'environnement familial, sentiment de contrôle et d'efficacité dans l'exercice du rôle parental et habiletés parentales) constitue la seconde séquence d'analyse de l'efficacité du modèle conceptuel. Ainsi, plus les participantes se sentent en sécurité dans le quartier et considèrent qu'elles y retrouvent de l'entraide, meilleure est la qualité de l'environnement familial (P = 3,5 fois plus grande). Plus les participantes ont l'impression d'avoir les ressources adéquates pour élever un enfant, moins elles manifestent un sentiment de contrôle dans l'exercice de leur rôle parental (P = 1,3 fois moindre). Plus les participantes ont un faible niveau de stress parental et plus elles considèrent avoir les ressources adéquates pour élever leur

enfant, plus elles manifestent un sentiment d'efficacité dans l'exercice de leur rôle parental (respectivement P = 5,1 fois plus grande et P = 2,8 fois plus grande). Finalement, plus les participantes ont un faible niveau de stress parental, meilleures sont leurs habiletés parentales (P = 3,3 fois plus grande).

6. Discussion

L'interprétation des résultats suit la structure établie dans les sections précédentes. La discussion tient compte des groupes de discussion réalisés avec les intervenantes professionnelles et communautaires travaillant en CLSC et des échanges avec les principaux concepteurs du programme.

6.1 Application du programme et variations selon les territoires de CLSC

Le premier constat est à l'effet que le programme n'a pas été implanté tel qu'attendu et que les suivis individuels n'ont pas été réalisés tel que prévu dans le programme-cadre et ce, tant en termes d'intensité, de durée que d'offre de services auprès des femmes rejointes en postnatal. Les conditions difficiles d'implantation du programme attribuées au financement insuffisant, à l'augmentation du nombre de familles à suivre en postnatal, au roulement du personnel d'intervention et à l'impact du virage ambulatoire ont entraîné des transformations importantes d'application du programme.

Malgré ces conditions, les suivis ont été amorcés pour 90 % des participantes du groupe de *suivi NÉ-GS intégré*, reflétant l'importance de la relation de confiance établie entre l'intervenante privilégiée et la mère en période prénatale, relation qui se poursuit en période postnatale. Les suivis amorcés et non poursuivis reposent sur le jugement clinique (relativement positif) des intervenantes suite à une évaluation des besoins des familles en période postnatale plutôt que sur la participation antérieure au programme prénatal.

Par ailleurs, à l'exception du CLSC Le partage des eaux dont on ne connaît ni la durée moyenne des suivis, ni le nombre moyen de contacts, les durées de suivi sont relativement courtes pour celles qui en ont bénéficié. Pour la moitié des femmes, le suivi s'est terminé au cours des premiers six mois (182 jours) et pour plus de 75 % des participantes, l'intervention individuelle s'est terminée avant que l'enfant cible n'atteigne 18 mois. De même, au plan de

l'intensité, pour les deux tiers des suivis réalisés (65,4 %), le nombre moyen de contacts entre l'intervenante privilégiée et les mères est inférieur à 14 contacts. Dans un peu plus du tiers des cas, le suivi (en moyenne < 10 mois) est terminé pour des motifs d'« autonomie parentale relativement satisfaisante ». Ces femmes présenteraient un niveau de compétence et d'autonomie parentales jugé satisfaisant par les intervenantes.

Ces constats à l'égard de l'application du programme soulèvent la question de l'adhésion aux approches fondamentales de promotion de la santé et du bien-être des familles et de prévention de la négligence et des retards de croissance et de développement dans les territoires montréalais. En effet, tout se passe comme si, compte tenu des ressources humaines et matérielles disponibles et de l'organisation des services, il était impossible, sauf dans des cas extrêmes, de garder contact avec les familles au-delà d'une certaine période d'adaptation à la venue de l'enfant. L'approche « prévention/promotion » utilisée en prénatal ne réussit pas à demeurer aussi prégnante en postnatal. Au mieux, une transition est assurée vers des ressources communautaires, comme l'ont fait remarquer certaines des intervenantes rencontrées. Incapables de répondre de façon satisfaisante aux besoins des mères dans les conditions et le contexte de fonctionnement des CLSC, les intervenantes ont développé une approche qui fait largement appel aux organismes communautaires, à un point tel que dans le territoire de CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, l'action intersectorielle et le recours aux organismes communautaires sont conçus et utilisés comme le fondement à long terme de l'intervention postnatale.

L'extension des principes NÉ-GS à toutes les femmes suivies dans le groupe *Sans suivi NÉ-GS* a occulté les contrastes anticipés entre les groupes, laissant entrevoir une « contamination » de l'application du programme NÉ-GS à l'ensemble des femmes desservies par les CLSC de ces territoires. En général, lorsque la décision de procéder à un suivi est prise, l'intervention auprès des femmes du groupe *Sans suivi NÉ-GS* ne se distingue pas de celle reçue par les participantes des groupes de *Suivi NÉ-GS intégré* et *partiel*. L'adhésion aux principes du programme NÉ-GS est telle, qu'elle traverse les interventions réalisées avec toutes les femmes vivant en situation d'extrême pauvreté et de pauvreté même si elles ne sont pas intégrées dans le programme. Ainsi, l'examen de l'application du programme selon que les participantes appartiennent aux groupes *Suivi NÉ-GS intégré* et *partiel*, d'une part, ou au groupe *Sans suivi NÉ-GS*, d'autre part, suggère l'adoption du « modèle » NÉ-GS d'intervention postnatale pour l'ensemble des suivis de femmes vivant en situation d'extrême pauvreté et de pauvreté ayant

eu des enfants. Bien qu'un pourcentage moins important de ces dernières ait bénéficié d'un suivi postnatal (30 %), celles qui ont reçu un tel suivi ont profité d'une intervention semblable à celle dispensée auprès des deux autres groupes, et ce, tant sur le plan de la durée de l'intensité que des aspects spécifiques de l'intervention. Il est possible que la représentation que se font les intervenantes des besoins de suivi des familles soient les éléments principaux associés à la décision d'intervenir.

Par ailleurs, les discussions lors des groupes focus ont permis de dégager des conditions déterminantes et inter reliées de l'efficacité potentielle du programme d'intervention, à savoir les conditions humaines et matérielles présidant à l'application de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme dans les territoires de CLSC.

Les conditions d'application du programme ont été marquées par le sous-financement de celui-ci et les restrictions ou limitations budgétaires dans les CLSC, entraînant la réduction des ressources humaines pouvant se consacrer au travail d'intervention. Ces restrictions se sont conjuguées à l'augmentation importante du nombre de suivis postnatals devant être réalisés à la fin de l'évaluation du volet prénatal du programme NÉ-GS due au succès du recrutement de la clientèle des femmes enceintes sous-scolarisées et vivant en situation de pauvreté par les CLSC. Cet état de fait aurait rendu difficile l'offre de services, en matière de durée et d'intensité, telle que prévue initialement dans la planification du programme.

Le contexte financier difficile associé aux impératifs du virage ambulatoire auxquels les CLSC ont dû faire face a entraîné un important roulement de personnel. Cette situation a conduit chaque territoire à apporter, de son propre chef, des modifications à l'application du programme. Ces modifications, opérées selon des combinaisons diverses (intervention en groupe plutôt qu'individuellement, sélection serrée de la clientèle en recourrant à des critères de restriction d'entrée dans le volet postnatal, suivi intensif de courte durée pouvant être prolongé au besoin, référence aux organismes communautaires, intersectorialité) ont eu un impact important (dilution et diminution de l'information que nous avions prévue saisir au dossier de CLSC des participantes) sur les résultats obtenus, limitant ainsi notre capacité à évaluer l'effet de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme NÉ-GS. Il est important de souligner que les intervenantes ont dû faire preuve de créativité pour développer des stratégies visant à répondre, dans la mesure des moyens disponibles, aux besoins individuels et sociaux des familles. Ces changements nécessaires ont eu cependant

un impact négatif sur le respect des principes d'orientation du programme auxquels les intervenantes adhèrent par ailleurs : abandon du travail en équipe interdisciplinaire et, dans les faits, de la notion d'intervenante privilégiée et du rôle d'intervenante-pivot dans certains territoires de CLSC.

6.2 Évaluation de la compétence parentale

Compte tenu du contexte d'application du programme (équipes interdisciplinaires non fonctionnelles et absence de formations spécifiques, de soutien clinique, d'outils d'intervention), l'absence d'effet de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme sur la compétence parentale n'est pas surprenante. Dans de telles conditions, l'intensité et la durée de suivi apparaissent définitivement trop courtes pour pouvoir exercer un effet sur les variables proximales de la compétence parentale lorsque les enfants sont âgés entre 18 et 36 mois.

Cependant, comme l'ont souligné certaines intervenantes, à plus long terme et avec le soutien des organismes communautaires, les mères participant au programme manifestent l'enclenchement d'un processus de conscientisation touchant tant à leur situation socio-économique que parentale. Des indicateurs de ce processus sont apparus dans les analyses, tout particulièrement dans le fait que ces mères, réalisant ce qui est nécessaire pour élever leur enfant, perçoivent que leurs ressources ne sont pas adéquates. La perception d'avoir les ressources adéquates pour élever son enfant et un moindre stress individuel et parental sont liés à un plus grand sentiment d'efficacité dans l'exercice du rôle parental, une des dimensions considérées importantes de la compétence parentale par certaines études. Celles-ci montrent une association entre un sentiment d'efficacité parentale élevé et des habiletés parentales appropriées, notamment des comportements sensibles, stimulants et non punitifs (Donovan et Leavitt, 1985) et une habileté à comprendre les signaux de l'enfant (Donovan et al., 1990). Il est donc important que les études subséquentes visant à mesurer l'impact de programmes postnatals à composantes multiples tel que le programme NÉ-GS prennent en compte ce type de mesures et d'analyses, surtout lorsque l'on sait que les mères de ces milieux ont parfois tendance à surestimer leurs propres capacités parentales (Donovan, et al., 1990).

6.3 Processus d'impact

L'étude ne permet pas de valider le modèle explicatif de l'efficacité de l'intervention tel qu'élaboré par ses concepteurs et leurs partenaires. Deux raisons principales sont sous-jacentes à ce constat. La première concerne l'implantation suboptimale du programme NÉ-GS, lequel mise avant tout sur une intervention globale, intense et prolongée. La seconde raison est en lien avec la taille de l'échantillon constitué qui limite le type d'analyses statistiques pouvant être utilisées pour valider le modèle conceptuel dans chaque territoire de CLSC. De même, il est difficile de se prononcer sur la façon dont opèrent les variables médiatrices retenues dans le modèle et qui précèdent le développement de la « compétence parentale ».

Si, théoriquement, la stratégie d'intervention du programme NÉ-GS visant le renforcement du potentiel individuel semble réunir plusieurs des conditions de réussite identifiées par Olds et Kitzman (1990) pour générer des effets aux plans de l'amélioration du sentiment d'efficacité et de la compétence parentale, il apparaît clairement que, dans la réalité, ces conditions n'ont pas été réunies. Pour être optimalement efficaces, les programmes de ce type doivent assurer une durée et une intensité qui permettent, selon ces auteurs, de s'intéresser simultanément aux besoins psychologiques des parents (particulièrement leur sentiment d'efficacité et de contrôle), aux comportements parentaux qui influencent le développement maternel, fœtal et infantile, ainsi qu'aux stresseurs et sources de soutien pouvant interférer ou promouvoir l'adaptation à la grossesse, à la naissance et aux soins de l'enfant. Ces auteurs rapportent aussi les éléments associés à l'insuccès de plusieurs programmes d'intervention en périnatalité, notamment, le fait d'utiliser uniquement le soutien social sans intervenir directement sur les comportements à changer (ex. : tabagisme, consommation de drogues, discipline de l'enfant, stimulation de l'enfant). De plus, appliquer uniquement une intervention prénatale est insuffisant pour entraîner des effets à long terme sur les comportements maternels et le fonctionnement de l'enfant; une telle intervention devant être suivie de visites à domicile en période postnatale. Des visites fréquentes et sur de longues périodes ne sont pas non plus suffisantes en elles-mêmes pour modifier la santé de la mère et de l'enfant, tout comme l'utilisation unique d'infirmières visiteuses. C'est bien la combinaison simultanée d'actions intensives et prolongées visant des cibles particulières mais multiples qui offre les meilleures chances de réussite (Boyer et Laverdure, 2000). Par ailleurs, en ce qui a trait à la population à l'étude, il est plausible de croire que même en présence d'une implantation optimale du programme, il est difficile de combler à court terme, les nombreux besoins de ces femmes et les carences créées par des années de négligence, de difficultés et d'absence de modèles familiaux adéquats. Il

apparaît alors d'autant plus important de soutenir et de supporter ces familles par des conditions de vie meilleures et de s'imprégner d'une perspective reposant sur la « théorie des petits pas ».

Nos résultats permettent de mieux cibler certaines dimensions de l'intervention susceptibles d'améliorer la situation des familles pauvres et la qualité du parentage dans celles-ci. Ainsi, les résultats obtenus indiquent que le soutien apporté par le réseau familial élargi et des relations intra familiales harmonieuses dans la famille de l'enfant permettent à la mère de développer une perception plus positive de ses conditions de vie et de ressentir moins de stress individuel et parental. Ce sont là des pistes à explorer lorsque l'on sait que la pauvreté a un impact important sur la mère, l'enfant et la famille comme entité sociale et, plus particulièrement, sur certaines dimensions constituantes des habiletés parentales telles que la disponibilité psychologique et les habiletés relationnelles (Halpern 1993).

CONCLUSION

Cette étude a rendu compte de l'évaluation de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » du volet postnatal du programme *Naître égaux – Grandir en santé* (NÉ-GS), un programme de prévention et de promotion de la santé s'adressant à des familles vivant en situation de pauvreté et d'extrême pauvreté. L'évaluation des effets d'un programme est rarement une tâche facile. Elle exige certes de bien connaître le programme et de déterminer avec exactitude les variables à l'étude. Mais, une telle évaluation doit aussi tenir compte de l'application du programme dont elle tente de mesurer les effets. La prise en compte de cet aspect de l'évaluation a permis d'identifier les difficultés d'implantation du programme NÉ-GS, de sa mise en œuvre et de son développement. Dans le cas du volet postnatal du programme NÉ-GS évalué, des difficultés de divers ordres se sont présentées, dont plus particulièrement le sous-financement de ce volet du programme et les impératifs associés au virage ambulatoire vécus par le personnel des CLSC. En d'autres termes, les ressources qui auraient permis au programme d'être appliqué tel que conçu n'y ont pas été consacrées. L'évaluation présentée dans ce rapport a donc porté sur un programme amputé et modifié. Malgré ce fait, les résultats montrent que le programme permet de rejoindre une clientèle présentant de très grands besoins et non rejointe dans le passé; toutefois dans sa forme actuelle, il ne peut atteindre les objectifs visés. Ainsi, si une leçon peut être tirée des résultats de cette recherche, c'est que lorsque la priorité en prévention/promotion est d'appliquer un programme national, il faut s'assurer d'y consacrer les ressources humaines et matérielles nécessaires.

7. Formation d'étudiantes

Lisa Denoncourt, étudiante au programme de maîtrise en service social de l'Université de Montréal, Frédérique Normand, étudiante au programme de maîtrise en psychologie de l'Université Laval et Caroline Tra, étudiante de 3e année du programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal ont reçu une formation dans le cadre de ce projet de recherche.

8. Diffusion et transfert des connaissances

Célestine Kamdom. Comparaison de la compétence parentale et de l'habilitation de mères adolescentes et de mères adultes ayant participé au volet postnatal du programme *Naître égaux – Grandir en santé*. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2002.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abidin, R. R. (1993). *Index de stress parental (ISP/FB). Forme brève.* Traduction de K. Lacharité. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Andresen, P. A. ; Telleen, S. L. (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes : a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology.* 20(6) : 753-774.

Beauregard, D. ; Piché, C. ; Ménard, M. ; Tremblay, L. (1998). *Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale. Naître égaux – Grandir en santé.* Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Beauregard, D. ; Piché, C. ; Ménard, M. ; Tremblay, L. (1996). *Guide pour le suivi personnalisé des familles en période postnatale. Naître égaux – Grandir en santé.* Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Bellensky, C. B. ; Cook, A.S. (1982). Mothers' perceptions of their competence in managing selected parenting tasks. *Family Relations.* 31 : 489-494.

Boyer, G. ; Laverdure, J. (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec.* Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Boyer, G. ; Brodeur. J.-M. ; Théorêt, B. ; Séguin, L. ; Perreault, M. ; Colin, C. ; Beauregard, D. ; De Blois, S. (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé.* Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Caldwell, B. ; Bradley, R. (1984). *Home observation for measurement of the environment.* Little Rock: Center for early development and education.

Clark, D. M. (1983). On the induction of depressed mood in the laboratory : evaluation and comparison of the Velten and musical procedures. *Behavioral Research Therapy.* 5 : 27-49.

Coleman, P. K. ; Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality : findings and future applications. *Developmental Review.* 18 : 47-85.

Cutrona, C. ; Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Development.* 57 : 1507-1518.

De Blois, S. ; Beauregard, D. ; Doyon, C. ; Fortier, M. ; Boyer, G. (1997). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Bilan des activités, 1996-1997.* Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal.

Donovan, W. I. ; Leavitt, L. A. (1985). Simulating conditions of learned helplessness : the effects of interventions and attributions. *Child Development*. 56 : 594-603.

Donovan, W. I. ; Leavitt, L. A. ; Walsh, R. O. (1990). Maternel self-efficacy : illusory control and its effect on susceptibility to learned helplessness. *Child Development*. 61 : 1638-1647.

Dunst, C.J. ; Jenkins, V. ; Trivette, C. (1994). Family support scale : reliability and validity. *Journal of individual, family and community wellness*. 1(4) : 45-52.

Dunst, C. J.; Leet, H. E. (1987). Measuring the adequacy of resources in households with young children. *Child: care, Health, and Development*. 13 : 111-125.

Elder, G. H. (1995). Life trajectories in changing societies. In A. Bandura (Ed.) *Self-efficacy in changing societies*. (:46-68). New York : Cambridge University Press.

ELNE (Étude longitudinale nationale sur les enfants) (1995.) *Matériel d'enquête pour la collecte des données 1994-1995*. Cycle 1. Statistiques Canada. Février.

Escalona, S. (1987). *Critical Issues in the early development of premature infants*. New Haven CT: Yale University Press.

Halpern, R. (1993). Poverty and infant development. In C.H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Press : New York/London.

Koren, P. E.; De Chillo, N. ; Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities : a brief questionaire. *Rehabilitation Psychology*. 37 : 305-321.

Langner, T. ; Herson, J. ; Greene, E. ; Jameson, J. ; Goff, J. (1970). Children of the city : affluence, poverty, and mental health. In V. Allen (Ed.) *Psychological factors in poverty* (185-209). Chicago : Markham.

Laurendeau, M.-C. ; Desjardins, N. ; Kishchuk, N. (1991). *Évaluation après trois ans d'une intervention précoce de soutien au rôle parental*. Rapport de recherche. Montréal : Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain.

MacPhee, D. (1981). *Knowledge of Infant Development Inventory*. Unpublished manuscript, University of North Carolina, Chapel Hill.

Martin, C. ; Boyer, G. ; Beauregard, D. ; De Blois, S. ; Denhez, L. ; Durand, D. ; Fortier, M. ; Ouellet, F. ; Parenteau, S. ; Stewart, B. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Ministère de la santé et des services sociaux et Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

O'Brien, M. (1996). Child-rearing difficulties reported by parents of infants and toddlers. *Journal of pediatric psychology*. 21(3) : 443-446.

Olds, D. L. ; Kitzman, H. (1990). Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk ? *Pediatrics*. 86 : 108-116.

Peterson, G. ; Peters, D. (1985). The socialization values of low-income Appalacian white et rural black mothers : A comparative study. *Journal of Comparative Family Studies*. 16 : 75-91.

Portes, P. ; Dunham, R. ; Williams, S. (1986). Assessing child-rearing style in ecological settings : its relation to culture, social class, early age intervention and scholastic achievement. *Adolescence*. 21 : 723-735.

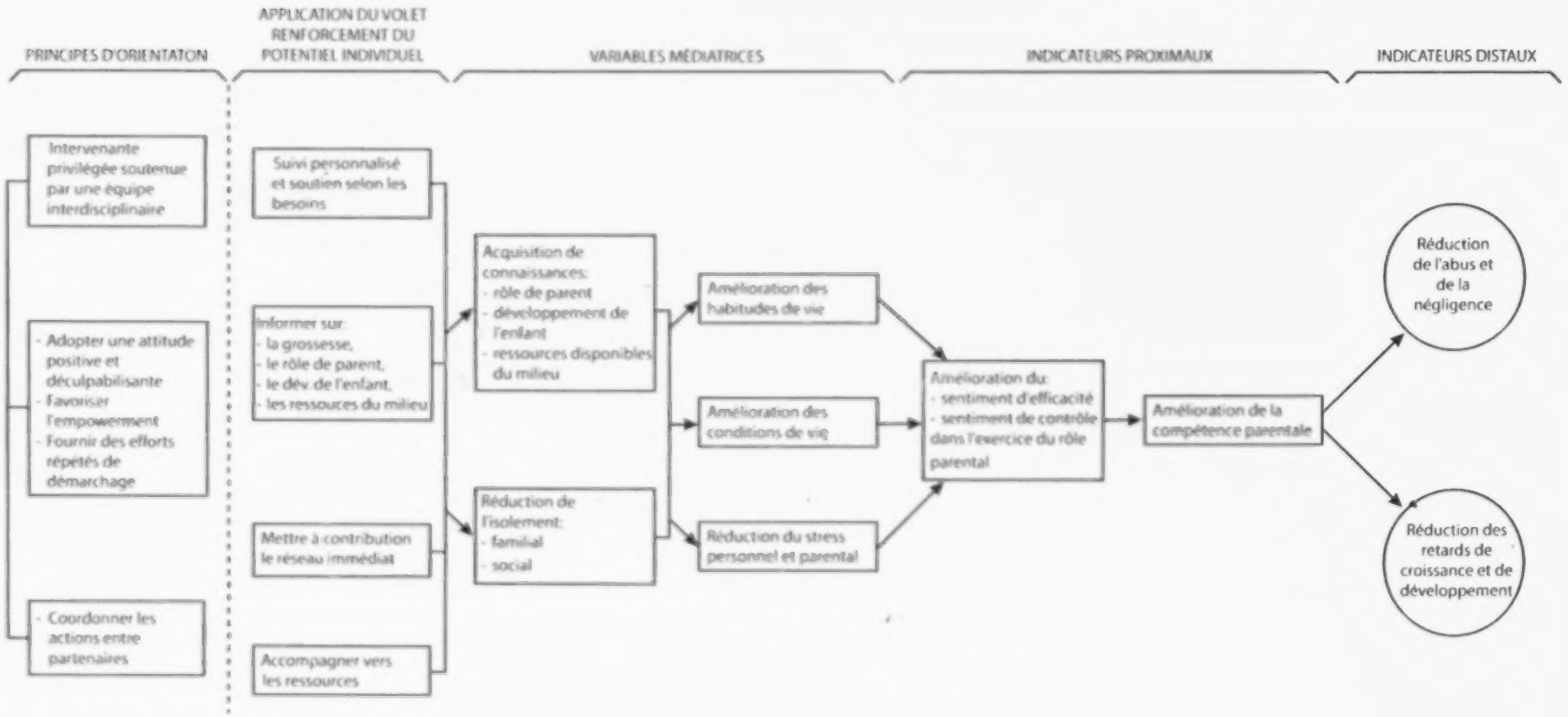
Shaw, D. ; Vondra, J. I. (1993). Chronic adversity and infant attachment security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34 : 1205-1215.

Stoiber, K. C. ; Houghton, T. G. (1993). The relationship of adolescent mothers' expectations, knowledge, and beliefs to their young children's coping behavior. *Infant Mental health Journal*. 14(1) : 61-79.

ANNEXE 1

MODÈLE CONCEPTUEL

GRAPHIQUE 1: RENFORCEMENT DU POTENTIEL INDIVIDUEL: THÉORIE DE PROGRAMME



ANNEXE 2

INSTRUMENTS DE MESURE

ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE PARENTALE

COMPÉTENCE OBSERVÉE

- **Qualité de l'environnement familial et des interactions mère - enfant (Caldwell et Bradley, 1976)**
  Le **HOME** est l'instrument le plus utilisé en Amérique du Nord pour mesurer la qualité de l'environnement familial. Il évalue les caractéristiques physiques (organisation de l'environnement physique et temporel, quantité et variété de jeux et jouets éducatifs) et psychologiques (réponses émotives et verbales de la mère, acceptation de l'enfant, implication maternelle) du milieu familial. Ses propriétés psychométriques sont acceptables. C'est la version québécoise (0-3 ans) validée par Palacio-Quintin (1991) qui fut utilisée. L'instrument est complété par l'intervieweur suite à ses observations de l'environnement familial pendant la visite à domicile.

COMPÉTENCE RAPPORTÉE

- **Habiletés parentales à décoder les attitudes et les comportements des enfants**
  L'équipe de recherche a construit un instrument visant à identifier les capacités de la mère à décoder les attitudes et comportements des enfants. Une réponse parentale compétente doit être précédée d'une lecture juste du comportement de l'enfant. Nous avons donc opérationnalisé ce décodage (lecture juste) en termes d'attentes réalistes envers l'enfant et d'attributions positives à son égard. La deuxième section de l'instrument présente donc différentes réactions de l'enfant en regard de diverses situations de vie et suggère des décodages possibles au sujet desquels la mère doit se prononcer. Cet instrument comporte aussi une autre dimension de la compétence parentale. Elle concerne la connaissance des gestes appropriés à poser dans des situations de la vie quotidienne qui pouvaient s'avérer problématiques. Les questions de cette section visent à vérifier si la mère connaît les gestes appropriés à poser. Trois réponses sont proposées, dont une est adéquate.

COMPÉTENCE RESSENTIE

- **Sentiment de contrôle dans l'exercice du rôle parental**
  Le **Family Empowerment Scale** (Koren, De Chillo et Friesen, 1992) mesure l'appropriation relativement à la famille, au système des services en général et à l'environnement communautaire et politique en considérant les attitudes, les connaissances et les comportements parentaux reliés à ces aspects. Comprenant 34 items, l'instrument présente une cohérence interne de 0.87 et une fidélité test-retest variant de .77 à .85 selon les aspects. L'instrument a été traduit par l'équipe de Piché, Dufort et Gagnon (1997) et est actuellement utilisé dans une étude de suivi d'enfants nés prématurément et ayant un retard de croissance.

- **Sentiment d'efficacité parentale**
  L'instrument **Mother's Perception of their Competence in Managing Selected Parenting Tasks**, élaboré par Ballensky et Cook (1982), mesure les perceptions maternelles relatives à leur capacité à accomplir les tâches parentales à différents âges de l'enfant. Douze items sont consacrés à l'évaluation de la période « trottineur » ce qui correspond à l'âge d'intérêt dans notre étude. Les qualités métrologiques sont bonnes.

PROCESSUS D'IMPACT

- **Connaissance du développement de l'enfant**
  Le **Knowledge of Infant Development Inventory** (MacPhee, 1981) mesure les connaissances des mères relativement à différents aspects du développement de l'enfant. À partir des mêmes thèmes qui sont abordés en entrevue structurée (sécurité, alimentation, discipline, santé, routines, jouets), des questions posées sous formes variées demandent à la mère d'indiquer le comportement approprié en fonction de l'âge de l'enfant. Ce questionnaire a été validé auprès de parents possédant les mêmes caractéristiques que ceux de notre échantillon.

- **Réduction de l'isolement social**
  Le **Family Support Scale** (Dunst, Jenkins et Trivette, 1994) permet d'évaluer les sources de soutien disponibles dans l'environnement des familles qui ont de jeunes enfants ainsi que l'appréciation de ce soutien sur une échelle de type likert en 5 points (pas du tout utile à extrêmement utile). Il est rapide et simple d'utilisation et il présente d'excellentes qualités psychométriques. Présenté sous forme de liste à cocher comportant 18 items, cinq types de soutien émergent de cette échelle: du réseau amical, du réseau parental, du partenaire, des organismes sociaux, des services professionnels.

- **Réduction des conflits familiaux**
  Tirée du questionnaire de l'**Enquête longitudinale nationale sur les enfants** (ELNE) menée par Statistique Canada (1994-95), la section « Fonctionnement de la famille » comprend 11 énoncés évaluant la résolution de problèmes, la communication, les rôles, la réceptivité affective, la participation affective et la maîtrise du comportement. Deux questions ont été ajoutées par ELNE et sont reprises ici. Une vérifie si la consommation d'alcool a des répercussions sur la dynamique globale de la famille et l'autre porte sur la satisfaction conjugale dans le cas où un partenaire serait présent. Cette échelle est largement utilisée au Canada et à l'étranger.

- **Amélioration des habitudes de vie**
  Tirées du questionnaire de **ELNE**, 7 questions constituant la section « Santé des adultes » permettent de recueillir des renseignements au sujet de l'état de santé général, de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool du parent. Elles sont complétées par quelques questions portant sur la consommation de drogues et les moyens entrepris pour en modifier la consommation.

- **Réduction du stress personnel et parental**
  La version courte de l'Inventaire de stress parental (Abidin, 1990), comportant 36 items répartis en 3 sous échelles mesurant la détresse personnelle et parentale, la relation parent-enfant dysfonctionnelle et le niveau de difficulté que représente l'enfant, a été utilisée. Les qualités métrologiques de cette version ont été établies dans différentes études (Abidin, 1993; Bigras, 1996) et sont comparables à celles de la version originale de 101 items qui étaient bonnes.

- **Amélioration des conditions de vie**
  Développée par Leet et Dunst (1994), l'instrument **Measuring the Adequacy of Resources in Households with Young Children** comprend 30 items et évalue si la famille a des

ressources adéquates pour satisfaire les besoins individuels et d'ensemble des membres de la famille. Les besoins sont présentés de manière hiérarchisée (du logement et chauffage en passant par le transport et du temps pour soi et en terminant avec les voyages et vacances). Pour chaque besoin, le répondant indique (sur une échelle en 5 points) dans quelle mesure il est satisfait et ce, sur une base régulière. La mesure de cette variable est complétée par la section Quartier de ELNE (17 énoncés) qui évalue le degré de satisfaction du répondant à l'égard de son quartier comme endroit pour élever son enfant, y compris sa perception de l'ampleur des dangers et des problèmes, de la cohésion sociale ou de « l'esprit de quartier ».

- **Connaissances des ressources disponibles**
  Le **Questionnaire des services et des ressources** développé par l'équipe de Marie-Claire Laurendeau (1991) dans le cadre de l'évaluation de l'impact de « Parents Magazine» fut utilisé pour évaluer la connaissance des ressources et services disponibles en région montréalaise. Il s'agit d'une liste exhaustive à cocher indiquant respectivement la connaissance et l'utilisation de ceux-ci. Cette liste a été mise à jour en fonction des ressources de chacun des territoires concernés.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Naître égaux – Grandir en santé : Évaluation de l'impact de la stratégie « renforcement du potentiel individuel » sur la compétence parentale	**7 $**	

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN
2-89494-402-0

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____
No Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la *Direction de la santé publique de Montréal-Centre*.

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
http://www.santepub-mtl.qc.ca

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Garder notre monde en santé